

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 338

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'ULCÈRE CALLEUX DE L'ESTOMAC

CHEZ LES GENS AGÉS

ET DE SES FORMES HÉMORRAGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE DUBOIS

Né le 27 Janvier 1893, à Sainte-Savine (Aube)



LYON

IMPRIMERIE « LA SOURCE »

G. NEVEU & C^{IE}

21, Rue Vieille-Monnaie

1920

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'ULCÈRE CALLEUX DE L'ESTOMAC

CHEZ LES GENS AGÉS

ET SES FORMES HÉMORRAGIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0093

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 338

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'ULCÈRE CALLEUX DE L'ESTOMAC

CHEZ LES GENS AGÉS

ET DE SES FORMES HÉMORRAGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE DUBOIS

Né le 27 Janvier 1893, à Sainte-Savine (Aube)



LYON

IMPRIMERIE « LA SOURCE »

G. NEVEU & C^{IE}

21, Rue Vieille-Monnaie

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Physique médicale	NICOLAS
Chimie médicale et pharmaceutique	LEPINE (J.)
Chimie organique et Toxicologie	WEILL
Matière médicale et Botanique	POLLOSSON (A.)
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	CLUZET
Anatomie	HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie.	MOREL
Physiologie	MOREAU
Pathologie interne	GUIART
Pathologie et Thérapeutique générales.	LATARJET
Anatomie pathologique.	POLICARD
Médecine opératoire.	DOYON
Médecine expérimentale et comparée	COLLET
Médecine légale	MOURIQUAND
Hygiène.	PAVIOT
Thérapeutique	X...
Pharmacologie	ARLOING (F.)
	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	X... —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	X... —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GUILLEMARD	MM. GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (L) PIERY COTTE	MM. DUROUX BONNAMOUR, chargé des fonctions SARVONAT id. FAVRE id. GRAVIER id. ROUBIER id.
--	--	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, Président ; LANNOIS, Assesseur ;
MM. CADE et SAVY, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur ROQUE

Médecin des Hôpitaux
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Officier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse ; nous
lui adressons ici nos plus res-
pectueux remerciements.

A Monsieur le Professeur Agrégé CADE

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré ce travail et
aidé de ses conseils ; nous lui
en exprimons notre profonde
reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE PARIS ET DE LYON

Au Docteur JUDE

Médecin-Major de 1^{re} Classe
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre gratitude
respectueuse pour l'accueil bien-
veillant que nous avons toujours
trouvé auprès de lui.

Au Docteur MARCEL BRUAS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TUÉS A L'ENNEMI

INTRODUCTION

Dans le service de M. le Professeur Cade, nous avons observé en un court espace de temps, en janvier et février 1920, trois vieillards, deux femmes et un homme, qui sont morts par suite de grande hémorragie quelques jours après leur arrivée dans le service.

Tous les trois étaient atteints d'un ulcère chronique calleux, qui était resté plus ou moins latent pendant de longues années et n'avait donné que quelques symptômes atténués.

Les premiers examens ont montré chez ces malades des hémorragies occultes ; puis brusquement

sont survenues des hématomésés si abondantes qu'elles ont entraîné la mort rapide des malades.

Ceux-ci étaient à leur entrée à l'hôpital dans un tel état de dépression que toute tentative d'intervention aurait été inutile.

En nous confiant les trois observations, les protocoles d'autopsie, le résultat des examens histologiques faits par son interne, M. Brette, M. le Professeur agrégé Cade nous a donné l'idée d'étudier les formes hémorragiques de l'ulcère chronique des gens âgés ; les hémorragies tirent leur gravité de la nature le plus souvent calleuse de cet ulcère qui évolue souvent à bas bruit pendant de longues années, affaiblissant, cachectisant peu à peu le malade ; la fin peut survenir alors rapidement par la lésion d'un vaisseau important dont il est impossible de faire l'hémostase, si une opération n'a pas été faite en temps opportun, lorsque l'état général du sujet le permettait encore.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR L'ULCÈRE DES GENS AGÉS

Historique. — L'histoire de l'Ulcère de Cruveilhier, d'après les auteurs classiques, nous montre que les opinions ont beaucoup varié sur l'âge où apparaît cette affection et sur la valeur diagnostique que l'on doit attribuer à cette notion étiologique.

Cruveilhier n'en fait pas mention dans son mémoire de 1856, mais il rapporte des observations d'ulcères chez des gens âgés ; il en est de même de Trousseau et de Monneret. Niemeyer, le premier, considère l'ulcus comme plus fréquent chez les adultes et les gens âgés ; cette opinion est poussée jusqu'à l'extrême

par Brinton (1870), d'après lequel « la probabilité de « cette maladie s'élève graduellement avec l'âge et « atteint son maximum vers 90 ans ». L'année suivante, Jaccoud émet la même opinion que Brinton et en reconnaît toute l'importance pratique.

Mais les auteurs récents soutiennent une opinion opposée : l'ulcus est pour eux une affection du jeune âge et de l'âge mur et il se montre le plus souvent de 20 à 40 ans.

Il n'est pas douteux que cette proposition ne soit exacte ; mais il est certain aussi que l'ulcus qui apparaît après 50 ans, n'est pas une rareté.

D'ailleurs, tous les auteurs en rapportent quelques exemples, mais ces faits étaient considérés comme exceptionnels et Triboulet déclarait qu'après 50 ans, on ne pensait plus guère à l'ulcère.

Pathault, dans sa thèse (Paris, 1907), a démontré par les nombreuses observations qu'il rapporte et dont nous avons emprunté quelques-unes, la fréquence assez grande de l'ulcère des gens âgés. L'année suivante, le Professeur Jagot et le Docteur Dénecheau (d'Angers), ont publié deux nouvelles observations d'ulcus certains survenus l'un à 68 ans, l'autre à 63 ans. Le Docteur Cocaign a consacré sa thèse inaugurale (Montpellier 1911-12) à l'« Ulcère de l'estomac chez le vieillard ». Dans le *Toulouse Médical* du 1^{er} août 1913, les Docteurs Rispal et Timbal rapportent quatre observations d'ulcère ayant débuté après la cinquantaine. Enfin dernièrement, M. le Professeur agrégé Cade et M. Brette ont étudié deux cas de gastrorragies mortelles, chez deux vieillards atteints

d'ulcère calleux de l'estomac (Société des Sciences Médicales, *Lyon Médical*, 25 mars 1920).

Fréquence relative de l'Ulcère suivant l'âge et le sexe. — Nous empruntons la statistique suivante à M. Moutier, qui l'a relevée dans le service d'A. Mathieu; dans ce travail, les auteurs ont cherché à tenir compte de l'âge auquel paraît avoir commencé l'ulcère, ce qui est le fait le plus intéressant (Debove et Renault).

Sur 380 femmes, on note :

17 cas d'Ulcère de 51 à 60 ans, soit	4,72 % ;
7 — — 61 à 70 —	1,84 % ;
1 — — 71 à 80 —	0,26 %.

Sur 632 hommes :

79 cas d'Ulcère de 51 à 60 ans, soit	12,50 % ;
17 — — 61 à 70 —	2,68 % ;
2 — — 71 à 80 —	0,31 %.

Cette statistique nous montre que l'ulcère existe assez souvent chez les gens âgés et en outre que sa fréquence est plus grande chez l'homme que chez la femme, à un âge avancé.

Etapas de l'Ulcus chez les gens âgés. — L'Ulcus a été caractérisé par A. Mathieu, comme une maladie qui tend à se reproduire ou à se prolonger indéfiniment pendant de longues périodes et quelquefois pendant la vie tout entière. Les longues périodes de guérison ou plutôt de latence, alternent avec les récidives ou les paroxysmes douloureux.

Chez les gens âgés, nous pouvons retrouver l'ulcus à ses différentes étapes :

a) *Ulcération initiale*, premier stade de l'ulcère de Cruveilhier, qui peut, soit se cicatriser, soit être arrêté brusquement par une hémorragie foudroyante dans son évolution, soit évoluer vers l'ulcère constitué.

b) *Ulcère récent*, qui peut encore guérir dans une proportion assez forte et présenter chez le vieillard les mêmes complications tragiques que chez les sujets plus jeunes. Cet ulcère, évoluant vers la chronicité, aboutira en général à la troisième forme, fréquente chez les gens âgés, que nous avons en vue dans notre étude, l'ulcère permanent, invétéré.

c) *Ulcère chronique*. Cet ulcère, qui est en général un ulcère calleux, peut provenir d'une ulcération apparue quelques mois, quelques années auparavant ou être le stade ultime d'un ulcère qui a débuté dans le jeune âge ou l'âge mûr et présente les longues périodes de latence dont nous avons parlé. Cet ulcère calleux sera donc, soit un ulcère relativement jeune chez un sujet âgé, soit un vieil ulcus chez un vieux. Toutes les observations que nous rapportons ont trait à des ulcères calleux.

Difficulté fréquente du diagnostic. — Nous verrons au cours de cette étude, combien il est parfois difficile, au point de vue clinique, de faire le diagnostic des ulcères calleux des gens âgés. Comme pour de nombreuses affections, l'organisme des vieillards ne révèle l'ulcère que par une symptomatologie fruste ; ces

formes latentes plus ou moins larvées, où l'état général est surtout atteint, simulent différentes affections, surtout le cancer gastrique, parfois l'urémie digestive, des troubles vasculaires.

Si, au lit du malade, il est souvent impossible de caractériser d'une façon nette la nature de la lésion dont souffre le malade, il est aussi parfois difficile d'interpréter la pièce anatomique que l'on a sous les yeux. En effet, c'est souvent avec le microscope que l'on doit examiner cette lésion indurée, ulcéreuse, pour en diagnostiquer la nature exacte. Les trois cas que nous rapportons étaient des ulcères calleux simples, mais on peut trouver des éléments néoplasiques dans ce tissu de sclérose, qui révèlent la nature cancéreuse de cette lésion chronique.

Formes Cliniques. — L'ulcère des gens âgés peut se présenter cliniquement sous deux formes principales :

a) L'ULCUS A ÉVOLUTION AIGUE, analogue comme séméiologie et évolution à l'ulcère aigu chez les sujets jeunes ; c'est une forme de plus en plus rare, à mesure que l'âge du sujet augmente.

b) L'ULCÈRE CHRONIQUE est la forme la plus fréquente de l'ulcère chez les gens âgés ; il est caractérisé en général par la lenteur de son évolution et sa séméiologie fruste. Il se présente sous différents aspects.

1° *La forme latente.* L'ulcère évolue à très bas bruit et est souvent méconnu. Il se traduit parfois par des symptômes gastriques très légers ; dans quelques

cas, aucun symptôme ne le décèle. Il peut se révéler par une perforation ou une hémorragie grave, ou au contraire, être une découverte d'autopsie chez des sujets morts d'une maladie intercurrente.

2° *Forme sténosante.* L'ulcère chronique est localisé à la région pylorique ou juxta-pylorique : celui-ci présente les phénomènes bien connus de sténose du pylore qui dominent sa symptomatologie : douleur tardive survenant trois, quatre, cinq heures après les repas, hypersécrétion liée le plus souvent à l'hyperchlorhydrie et stase liée à l'hypersécrétion. Les hémorragies sont des phénomènes secondaires qui ne rentrent qu'accessoirement dans les éléments du syndrome, malgré l'importance séméiologique de leur apparition.

3° *Forme avec tumeur.* L'ulcère chronique en évolution se révèle par une tumeur. Celle-ci siège souvent à la région prépylorique ; elle est due à l'inflammation du péritoine et de l'épiploon en contact avec la région de l'ulcère, et se traduit par des douleurs et des vomissements variables, inconstants, avec des paroxysmes qui correspondent aux poussées de périgastrite plastique.

4° *La forme hémorragique.* C'est elle qui fera plus spécialement l'objet de notre étude. Elle tire son aspect clinique de l'hémorragie et de ses conséquences. Cette forme hémorragique se rencontre assez souvent dans l'ulcère du vieillard ; Pathault en rapporte une vingtaine de cas sur quatre-vingt-dix observations, dans sa thèse (Paris, 1907).

Les trois malades que nous avons observés dans le service de M. le Professeur agrégé Cade, en janvier et février 1920, présentaient des ulcères calleux à forme hémorragique.

Cette forme peut se révéler par des hémorragies discrètes et répétées que l'étude microscopique doit déceler, ou par des hémorragies abondantes qui deviennent une véritable complication et amènent souvent la mort.

Les formes hémorragiques se rencontrent le plus fréquemment dans les ulcères chroniques de nature calleuse, dont les vaisseaux scléreux une fois lésés saignent sans arrêt, et qui n'ont pas de tendance à se cicatriser. Nous les étudierons au niveau de la petite courbure : en effet, la localisation sur la petite courbure est la plus commune d'une façon générale, et la vascularisation intense de la région (hile de l'estomac) prédispose aux hémorragies.

Nous envisagerons successivement :

a) L'anatomie pathologique de l'ulcère calleux et l'interprétation qu'en ont donnée les auteurs.

b) Les différents symptômes de l'ulcère hémorragique, symptômes qu'il faut rechercher avec soin, afin de diagnostiquer la lésion et d'instituer un traitement précoce et efficace qui permette d'éviter les complications graves de cet ulcère.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'examen des lésions ulcéreuses du vieillard, on peut trouver différentes sortes d'ulcères :

1° Une ulcération simple ou un ulcus banal arrêté dans son évolution par une hémorragie ou trouvé à l'autopsie d'un sujet mort d'une autre affection.

2° Un *ulcère calleux*. Dans quelques cas il est limité par un bourrelet d'apparence fibro-cartilagineuse reposant sur une base indurée (Hayem et Lion) ; les tuniques de l'estomac, épaissies, ont dégénéré en un tissu lardacé criant sous le scalpel (Andral) ; mais le plus souvent ce bourrelet n'existe pas, l'ulcère calleux apparaît comme fait à l'emporte-pièce, avec une

consistance indurée, ligneuse des parois. Le tissu de sclérose peut envahir vaisseaux et nerfs, au niveau de la petite courbure qui représente le hile de l'estomac et causer de la périartérite et de la névrite. L'atteinte des filets nerveux par la sclérose explique les phénomènes douloureux très intenses et très rebelles de certaines formes invétérées de l'ulcère de la petite courbure.

A l'autopsie ou à l'occasion d'une intervention, on constate très fréquemment que l'ulcère a contracté des adhérences dues à la périgastrite, avec les parties voisines, surtout avec le pancréas, moins souvent avec le foie. Il peut alors les perforer.

Nature de la lésion ulcéreuse. — Quelle interprétation faut-il donner à cette lésion indurée, ulcéreuse? L'examen histologique peut renseigner sur sa nature.

Dans certains cas, la musculuse, la sous-muqueuse et la sous-séreuse sont envahies par du tissu fibreux sans dégénérescence.

Dans d'autres cas, on trouve dans ce tissu de sclérose des cellules cancéreuses. Deux théories sont en présence pour interpréter ce phénomène.

Un certain nombre d'auteurs, avec Hayem et son école, expliquent ce fait en disant que l'ulcus chronique peut subir la dégénérescence cancéreuse.

D'autre part, Tripier et ses élèves, Duplant, Sanerot, ainsi qu'une partie de l'école lyonnaise avec Devic, Paviot, etc., n'admettent pas cette dégénérescence secondaire. Duplant, dans sa thèse, considère les gros ulcères calleux comme une « variété d'épithélioma

« térébrant, évoluant d'une façon analogue à l'ulcus « rodens de la face ». Cette évolution simule par ses accidents, ses complications, la marche d'un ulcère chronique.

Les difficultés d'interprétation de ces ulcères calleux sont en effet très grandes, ainsi que le montrent les deux observations suivantes.

Observation I. — *D'après la thèse de PATHAULT.* — Hanot et Boix rapportent qu'à l'autopsie d'une femme ayant présenté tous les symptômes d'ulcère, la pièce ressemblait à un cancer simulant un ulcère et l'observation est publiée comme telle. Plus tard, ces auteurs reviennent sur leur opinion et dans une note du *Traité de Médecine*, MM. Hayem et Lion affirment qu'il s'agissait bien là d'un ulcère.

La deuxième observation est l'inverse de la précédente.

Observation II. — (*Inédite. Observation due à l'obligeance de M. le Professeur PAVIOT*). — S., âgé de 77 ans, entre dans le service de M. le Professeur Paviot, le 16 juin 1919, avec des signes d'insuffisance cardiaque, un cœur arythmique, de l'athérome et une hypertension modérée, une forte dyspnée, de l'œdème des membres inférieurs, des traces d'albumine, enfin des signes cavitaires au sommet droit avec des signes de bronchite diffuse des deux côtés du thorax.

L'état général est médiocre et empire jusqu'au début d'octobre où les phénomènes de tachycardie, de dyspnée, de cyanose, et l'œdème augmentent. Le 8 octobre, se produit une hémorragie intestinale d'une teinte rouge, rappelant le

sirop de ratanhia, qui cause la mort du malade le 9 octobre.

A l'autopsie, « les poumons présentent à droite, au sommet, un foyer de sclérose spongieuse, dans lequel se voient les sections des bronches du lobe réunies en foyer. Cependant, il y a quelques cavités à revêtement rouge velouté qui rappelle absolument l'aspect de la face interne des vraies dilatations bronchiques. Il en est pris pour l'examen histologique.

« L'estomac présente au niveau de la petite courbure, à la partie moyenne, une ulcération assez profonde, à bords taillés à pic du côté de l'ulcération, en talus vers la muqueuse qui paraît fortement vascularisée ».

L'examen histologique du poumon droit montre « un tissu spongieux de pneumonie fibroïde avec quelques grosses bronches à revêtement cylindrique. Dans ce tissu apparaissent çà et là des lobules d'un épithélioma à cellules cubiques, dont les unes sont diffuses, dont les autres esquissent des tubules à petite lumière manifestement épithéliomateuses, la dimension de ces alvéoles, leur formation le plus souvent pleine excluant nettement les néoformations alvéolaires ».

En présence du résultat précédent, on reprend l'ulcère de la petite courbure qui avait été apporté au laboratoire.

« Sur les coupes de l'ulcère, au niveau du fond, au-delà de la *muscularis mucosæ*, contre les couches les plus internes du muscle gastrique, on trouve entre des lamelles de tissu fibro-conjonctif des nappes de petites cellules rondes, et parmi ces nappes, quelques-unes présentent nettement une constitution épithéliale, à cellules cubiques, quelques-unes à cellules rondes. Donc, *cancer ulcéré* ».

En résumé, chez ce vieillard chez lequel aucun diagnostic de lésion ulcéreuse n'avait été fait, est survenue une hémorragie ayant entraîné la mort. Cette hémorragie était due à

une lésion qui a été prise à l'autopsie pour un ulcère chronique et qui a été reconnue à l'examen histologique pour un cancer ulcéré ayant donné une métastase dans le sommet du poumon droit.

Il semble bien, d'après toutes les recherches faites, que l'on trouve fréquemment des éléments néoplasiques dans les lésions ulcéreuses calleuses chroniques, que l'ulcère ait dégénéré en cancer : *ulcéro-cancer*, ou que le cancer soit primitif : *cancer ulcéré*.

Variétés de l'ulcère calleux. — L'ulcère calleux peut se présenter sous différentes formes anatomiques qui ont été classées de la façon suivante :

1° *Ulcère rétractile de la petite courbure.* Lorsque l'ulcère est petit et non adhérent aux organes voisins, il a la propriété caractéristique de causer la rétractilité des tissus qui l'environnent, d'où les déformations gastriques qui l'accompagnent fréquemment.

2° *Ulcère pénétrant.* L'ulcère peut s'extérioriser et pénétrer, comme nous l'avons vu, les organes voisins. Tantôt il pénètre directement le pancréas ou le foie, tantôt il se fait d'abord des adhérences par réactions épiploïques ; l'ulcère creuse alors l'épiploon épaissi et attaque ensuite ces organes. Il peut se former des cavités diverticulaires appelées *diverticules de Haudeck*.

3° *Ulcère en selle.* Celui-ci se forme par extension de l'ulcère de la petite courbure aux faces de l'estomac.

4° *Estomac biloculaire.* L'ulcère de la petite courbure peut produire au cours de son évolution une

sténose médiogastrique qui entraîne une biloculation de l'estomac.

Lésions artérielles. — Les auteurs ont insisté sur la fréquence des lésions artérielles au voisinage de l'ulcère de l'estomac. On connaît le rôle joué par les altérations vasculaires dans la pathogénie de l'ulcère.

Dans un travail écrit sous l'influence de Zahn, Directeur de l'Institut Pathologique de Genève, Jacot-Descombes affirme le rôle des troubles circulatoires locaux et surtout de ceux dûs à l'embolie, dans la production de l'ulcère rond.

Chez le vieillard, les lésions artérielles sont en général beaucoup plus importantes et plus étendues : lésions généralisées d'artério-sclérose ou d'athérome.

Elles doivent jouer un rôle dans la chronicité de l'ulcus, dans la tendance aux hémorragies et à la gravité de celles-ci.

Dans les observations que nous rapportons, nous verrons en effet que des hémorragies graves ont été dues à des artères que l'autopsie a montrées sclérosées et béantes au milieu du tissu induré de l'ulcère calleux.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Dans l'étude que nous allons faire des formes hémorragiques de l'ulcus chronique chez les gens âgés, nous insisterons sur les variétés d'hémorragies que l'on peut rencontrer ; nous passerons en revue ensuite les signes cliniques qui doivent aider au diagnostic : comme il s'agit en général d'un ulcère de la petite courbure, nous énoncerons les éléments de ce syndrome ulcéreux de la petite courbure. Nous montrerons rapidement quels précieux renseignements nous pouvons tirer de l'examen radioscopique.

Après avoir ainsi envisagé les éléments du diagnostic positif de l'ulcère que nous étudions, nous recher-

cherons ceux du diagnostic différentiel d'avec les différentes affections dont il faut le distinguer.

Nous terminerons ce chapitre en parlant du pronostic de la forme hémorragique de l'ulcère chronique chez les gens âgés.

DIAGNOSTIC POSITIF

Dans l'étude de l'ulcère calleux à forme hémorragique, nous envisagerons successivement le symptôme caractéristique : *l'hémorragie* avec ses différentes variétés ; le syndrome de la petite courbure où se rencontre fréquemment cet ulcère ; nous verrons enfin quelles indications utiles peut donner la radiologie.

■ L'HÉMORRAGIE

L'hémorragie est un symptôme habituel de l'ulcère en général, mais elle devient une complication quand elle compromet l'état général du malade ou qu'elle met ses jours en danger. Elle survient à tous les stades de l'ulcère, soit au début, soit au cours de son évolution, soit encore d'une façon inattendue après une longue période de latence qui avait pu faire croire à une cicatrisation.

De même, dans l'ulcus chronique du vieillard, une hémorragie abondante peut se produire comme complication d'un ulcère diagnostiqué, ou survenir brusquement dans l'ulcère demeuré méconnu depuis de longues années.

Nous pouvons, d'après la classification de Tuffier et Jeanne, distinguer quatre formes d'ulcère hémorragique, suivant l'abondance et la fréquence plus ou

moins grande de l'hémorragie, qui donnent à ces formes leur aspect particulier.

1° *La forme foudroyante*, entraînant la mort sans thérapeutique possible.

2° *Une forme aiguë* souvent mortelle, mais dans laquelle le malade peut être sauvé par une intervention rapide.

3° *Une forme chronique* à récides fréquentes, caractérisée par l'exagération des hémorragies habituelles.

4° *Une forme à hémorragies discrètes*, mais pouvant entraîner un état général grave par leur répétition.

1° **Forme foudroyante.** — Cette forme est rare dans l'ulcère chronique calleux ; l'hémorragie est produite par la lésion ulcéreuse d'un gros vaisseau ; elle peut survenir brusquement comme le montrent nos observations.

L'une d'elles a trait à une femme qui semblait cliniquement guérie d'un ulcère datant de huit ans ; les autres nous mettent en présence de malades atteints d'ulcères latents ; chez tous, l'hémorragie est survenue brusquement et a entraîné une mort rapide. L'autopsie a montré dans les trois premiers cas, l'ouverture de vaisseaux importants, la gastroépiploïque (obs. III), la coronaire stomachique (obs. IV), la splénique (obs. V). Dans l'observation de Cade, ainsi que dans celle de Bonnet, les artères lésées étaient restées béantes par suite de la sclérose de leurs parois et du

tissu environnant. Dans tous ces cas, l'hémorragie ne pouvait s'arrêter et mettait le malade dans un tel état de faiblesse que toute intervention était impossible.

Observation III. — Ulcère latent terminé par hématomèse. (Routh, *The Lancet*, 1851). — Un homme âgé de 60 ans et qui avait toujours joui d'une excellente santé, avait ressenti depuis quelques jours des douleurs dans l'estomac auxquelles il n'attachait aucune importance ; il salivait de façon exagérée et avait un œdème considérable de la luette et du larynx. Dix jours après, il voit le médecin ; signes de gastrite et légers vomissements sanglants, épigastre douloureux ; trois semaines après, mort subite.

Autopsie : Estomac rempli aux trois-quarts de sang noir, ulcère perforant la gastro-épiploïque.

Observation IV. — Millard rapporte l'observation d'un homme de 57 ans, robuste, qui meurt brusquement sans s'être jamais plaint de troubles gastriques, sauf un peu de malaise depuis deux jours.

Autopsie : Ulcère près de la petite courbure, large comme une pièce de cinquante centimes, ulcérant une branche de la coronaire stomachique.

Observation V. — CARRIÈRE (*Société Anatomique*, 1863, page 121). — Femme de 76 ans. Entre dans le service de Vulpian parce qu'elle vomissait le sang depuis le matin, sang en partie coagulé, en partie liquide. Elle a une deuxième hématomèse dans la journée, une troisième dans la nuit et meurt.

Pas d'antécédents connus. Deux ans auparavant, elle avait fait une chute et depuis se plaignait beaucoup de l'estomac et avait une mauvaise haleine. Elle aurait rendu

quelques matières sanguinolentes quelques jours avant son entrée.

Autopsie : A la face postérieure de la petite courbure, on trouve un ulcus cicatrisé adhérent au pancréas, à bords taillés à pic. Au fond, on trouve l'ouverture de deux artérioles et à gauche une saillie de la splénique, ouverte à plein canal. M. Cornil trouve cette artère ossifiée.

Observation VI. — (Due à l'obligeance de MM. CADE et BRETTE), Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marie. — C., 64 ans, ménagère, entre dans le service de M. le Professeur agrégé Cade, le 7 janvier 1920, parce qu'elle a les jambes enflées, plus particulièrement la jambe droite. L'interrogatoire est difficile, par suite d'une surdité et d'un certain état d'obnubilation mentale. L'inspection montre un très mauvais état général, un œdème blanc, mou, indolore des deux jambes, plus marqué à droite qu'à gauche, sans cordon phlébitique. On remarque de l'œdème de la paroi abdominale antérieure et lombaire. Eschare fessière bilatérale.

Appareil circulatoire : cœur avec arythmie sans type précis et embryocardie. Pouls : 132.

Appareil respiratoire : bronchite diffuse avec de la congestion à la base gauche.

Appareil digestif : langue saburrale, dentition mauvaise. L'abdomen est souple, avec des douleurs dans la région épigastrique. Le foie déborde les fausses côtes de deux à trois travers de doigt.

Urines : ni sucre, ni albumine.

La malade n'a pas de fièvre.

Le 12 janvier, à onze heures, la malade a une hématomèse d'au moins un litre, et un abondant melæna. La face est pâle, le pouls petit, filant. Pas de fièvre.

Le 13 janvier : une hématomèse d'un demi-litre environ

s'est produite pendant la nuit ; le matin, la malade vomit encore du sang rouge sans grands efforts. L'abdomen est souple, non douloureux ; il y a cependant une légère tension gastrique ; la région de l'estomac est plus sensible que le reste du ventre. La malade est presque agonique.

Autopsie : Estomac présentant un aspect de biloculation incomplète, dû à des brides qui partent de la petite courbure. A son ouverture, on constate qu'il est complètement rempli de sang et l'on voit sur la petite courbure, à quelques centimètres du pylôre, deux ulcérations profondes de forme ovoïde et dont les bords paraissent très indurés. Dans l'une de ces ulcérations, on voit une petite saillie représentant l'orifice ulcéré de l'artère par laquelle s'est faite l'hémorragie terminale ; l'artère béante permet le passage d'une sonde cannelée. Les autres organes sont pâles. L'histologie confirme le diagnostic d'ulcère calleux.

Conclusion : Nous sommes en présence d'un ulcère chronique calleux ayant évolué à bas bruit depuis plusieurs années et qui a présenté une complication grave et rapidement mortelle : l'hémorragie continue due à l'ulcération d'une artère restée béante au milieu d'un tissu scléreux, a saigné complètement le malade.

Observation VII. — BONNET (*Lyon Médical*, 1897, page 52). — Femme de 55 ans. Fut atteinte il y a huit ans d'une maladie de l'estomac, au cours de laquelle elle eut une forte hématomèse avec melæna. Elle dit qu'elle vomit un litre de sang un jour et deux litres le lendemain. Elle présenta à ce moment les symptômes dyspéptiques de l'ulcère. Elle fut mise au régime lacté, la maladie dura neuf mois après lesquels elle fut guérie.

En somme, c'était l'histoire d'un ulcère guéri depuis huit ans. Samedi dernier, elle fut prise brusquement d'une

forte, hématomèse avec melæna. Elle entra le lendemain à l'hôpital. Le lundi soir, lendemain de son entrée, la malade ressentit une douleur à l'épigastre. Les extrémités se refroidirent. Bientôt elle rendit deux litres de sang et mourut une heure après.

Autopsie : Le cadavre était absolument exsangue, la veine cave ne contenait pas une goutte de sang. L'estomac présentait sur sa petite courbure une induration adhérente au pancréas. Nombreux caillots volumineux dans la cavité gastrique.

Au niveau du point induré, on trouve un ulcère quadrilatère de la dimension d'une pièce d'un franc. Cet ulcère a un aspect cicatriciel. A son voisinage, la paroi gastrique est nettement formée par une rétraction cicatricielle. En un point de sa surface, on voit un petit orifice circulaire, comme fait à l'emporte-pièce, par lequel s'est faite l'hémorragie. A première vue, on dirait une artériole coupée en travers. En réalité, cet orifice est latéral par rapport à une petite artère qui présente à ce niveau une dilatation.

L'intérêt de ce cas réside, ajoute l'auteur, dans ce fait qu'un ulcère guéri cliniquement et à peu près anatomiquement aussi depuis huit ans, a donné après ce long laps de temps une hémorragie immédiatement mortelle.

2° Forme aiguë. — Elle est caractérisée par des hématomèses ou des melæna abondants, survenant à des intervalles plus ou moins éloignés. Cette succession d'hémorragies peut se produire pendant plusieurs mois, comme dans l'observation X, ou seulement pendant quelques jours comme dans les autres observations, où elles ont succédé à une période longue d'hémorragies occultes. Ces hémorragies épuisent le malade

qui s'achemine fatalement vers la mort, par suite de ces saignées successives ; une hémorragie plus abondante détermine généralement la fin : la cause en est la même que dans l'hémorragie foudroyante, c'est-à-dire l'ouverture d'une artère sclérosée qui reste béante.

Dans l'observation de Rivière, rapportée par Santy, nous verrons qu'une intervention précoce peut sauver le malade atteint d'hémorragies aiguës.

Observation VIII. — (Due à l'obligeance de MM. CADE et BRETTE), Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marie. — C., 61 ans, domestique. La malade entre dans le service de M. le Professeur agrégé Cade, le 21 janvier 1920, se plaignant de douleurs dans la région épigastrique et de vomissements.

L'affection actuelle a débuté il y a trois mois graduellement. Auparavant d'ailleurs, la malade qui n'a jamais joui d'un gros appétit avait souvent des digestions laborieuses. Depuis un an, elle éprouve du dégoût pour les graisses et la viande.

Les troubles consistèrent en douleurs, sous forme de crampes d'estomac (la malade les désigne sous le nom de crise), survenant après les repas, au moment de la digestion, ou avant le repas, la malade ayant alors une sensation de faim douloureuse calmée par les aliments. Selles normales.

Des vomissements apparurent par la suite, vomissements dont la fréquence et la quantité augmentèrent graduellement. Ils surviennent quatre à cinq heures après les repas, sans beaucoup d'efforts. La malade qui a beaucoup maigri a été obligée d'interrompre son travail et d'entrer à l'hôpital. Température : 38°.

Appareil digestif : Dentition nulle. Langue normale. La palpation de l'abdomen révèle seulement les points doulou-

reux paraombilicaux bilatéraux, point cervical gauche. On ne sent pas de tumeur. Eructations nombreuses au moment des digestions.

Vomissements : la malade évalue son dernier vomissement, du 20 janvier, à quatre bols de liquide mélangé de fines particules solides. Couleur jaune, saveur amère.

Selles : depuis un an, elles seraient un peu réduites. Depuis quelques semaines, la malade a remarqué qu'elles étaient noirâtres, foncées. Une selle journalière et pas d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal, à part de l'éréthisme cardiaque, un souffle systolique à la pointe avec propagation vers l'aisselle. Des varices des membres inférieurs.

Le 27 janvier, l'examen des matières fécales et des vomissements montre un Meyer et un Weber très positifs.

Hématémèse dans la nuit du 29 au 30.

Le 30, injection de 700 cm³ de sérum glucosé. La malade meurt dans le collapsus le 30 au soir.

Autopsie : On voit un ulcère de la petite courbure atteignant les proportions d'une pièce de cinq francs. Cet ulcère est adhérent au pancréas et à la première partie du duodénum. Bords très durs, taillés à pic. Fond un peu irrégulier, avec deux ou trois mamelons, dont l'un cathétérisé correspond à une artère sectionnée. Pas de ganglions. Estomac de dimensions normales. Organes pâles. Pas d'autres lésions.

Conclusion : Nous avons affaire à un ulcère chronique calleux qui a évolué à bas bruit pendant plusieurs années, se traduisant par des troubles dyspeptiques avec des phases d'amélioration. Puis, quelques semaines avant la mort se produisent des selles noirâtres en même temps que les symptômes sont plus marqués. Les hémorragies épuisent la

malade jusqu'à ce qu'une artère plus importante soit ulcérée et que la mort survienne.

Observation IX. — TROUSSEAU (*Revue de Médecine*, 1856) et DANÉ (Th. Paris, 1861). — Homme de 57 ans ; il a vomi, il y a trois mois, des quantités énormes de sang et a eu des selles noirâtres. Grande faiblesse consécutive ; pendant deux mois les hématomèses se succèdent. Enfin survient une hématomèse de plusieurs litres. Mort.

Autopsie : On trouve un ulcère en partie cicatrisé à deux ou trois centimètres du pylore.

Observation X. — FIOUPE (*Soc. Anat.*, 1874). — A., journalier, âgé de 56 ans, entre le 10 avril 1874 à Lariboisière, salle Saint-Augustin, service de Siredey.

Cet homme a toujours joui d'une parfaite santé et n'a jamais éprouvé le moindre trouble gastrique. Bonne nourriture habituelle, appétit conservé, digestions faciles, pas de rapports aigres et nidoreux après le repas, pas de pituites le matin ; le malade n'a jamais ressenti la moindre tension à l'épigastre qui a toujours été indolent. Il n'a jamais eu de selles noires. Il nie tout antécédent syphilitique ou alcoolique.

Dans la soirée du 8 avril, il est pris au moment où il allait se mettre à table, d'un éblouissement subit et s'affaisse en rendant par la bouche des flots de sang noirâtres qu'il évalue à une demi-cuvette environ.

Le 10 avril, nouvelle hématomèse.

Le 11, M. Siredey fait l'examen le plus complet sans pouvoir trouver la cause de ces hématomèses.

Le soir, nouvelle hématomèse, et le 12, hématomèse évaluée à trois litres et mort.

Autopsie : A trois centimètres du bourrelet pylorique, on trouve une ulcération du volume d'une lentille elliptique

limitée par des bords nets et au centre de laquelle on aperçoit une artériole béante.

Observation XI. — BOULLOCHE (*Soc. Anal.* 1888). — Femme de 75 ans, entre dans le service de Blachez pour une hématomérose survenue dans la journée. Pendant son séjour à l'hôpital elle a deux hématoméroses rouges et meurt en quarante-huit heures.

Antécédents : pas d'éthylisme, pas de dyspepsie, pas de vomissements, pas d'amaigrissement. Trois semaines avant son entrée, elle se serait donné un effort dans le ventre et c'est depuis ce moment qu'elle a ressenti constamment une douleur assez vive au creux épigastrique.

Autopsie : A la face postérieure de l'estomac, au-dessous de la petite courbure, on trouve une ulcération festonnée large comme une pièce de deux francs, dont le fond est constitué par l'artère splénique ouverte.

Conclusion : Cet ulcère rond de l'estomac déjà ancien, ainsi qu'en témoigne l'état calleux de ses bords, paraissait être en voie de réparation. Peut-être le traumatisme assez violent auquel la malade rapportait le début de son affection trois semaines avant son entrée, a-t-il joué un rôle pour arrêter le travail de cicatrisation. En tout cas, c'est à partir de ce moment que l'ulcère, qui ne s'était jusque-là révélé par aucun symptôme, a commencé à devenir douloureux.

Observation XII. — RIVIÈRE (*Province Médicale*, 1913). — Homme, 52 ans, cultivateur, entré dans le service du Professeur Jaboulay, le 8 août 1910.

A 30 ans, troubles gastriques légers qui auraient duré quelques jours seulement et ne se seraient jamais reproduits. En mai 1910, il y a trois mois, amaigrissement et perte des forces ; en même temps, apparition de douleurs gastriques

survenant d'abord seulement après les repas, puis devenues continues.

Vomissements peu abondants, irrégulièrement alimentaires.

Fin juillet : selles très noires pendant deux jours ; puis, douze jours avant son entrée à l'hôpital, hématomèse grave avec perte de connaissance, qui se reproduit aussi intense deux jours après.

A l'entrée, malade très amaigri, ne pouvant se tenir debout sans vertige. Examen cardio-pulmonaire négatif. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Douleur à la pression de l'épigastre sur la ligne médiane, avec légère contracture de défense de la paroi à ce niveau. La palpation permet de percevoir une résistance profonde mal limitée, sans tumeur nette. Estomac dilaté, clapotage au niveau de l'ombilic. Pas de douleurs en broche.

Opération : 9 août 1910. Sur la petite courbure, dans la région prépylorique, induration du volume d'une pièce de cinq francs, dure, épaisse, mal limitée, avec quelques ganglions assez gros sur la petite courbure. Périgastrite antérieure et postérieure légère. Pas d'adhérences fortes. Résection annulaire des deux tiers de l'estomac. Anastomose bout à bout de la portion pylorique restante, suturée en raquette à la Billroth I à la portion cardiaque. Suture à trois plans. — Anastomose de sécurité au bouton de Jaboulay sur la portion cardiaque à distance des sutures médiogastriques.

Suites immédiates très simples, troublées seulement par un gros œdème des membres inférieurs ayant persisté six à huit mois. Suites éloignées : en janvier 1913, l'opéré était en parfait état.

3° Forme subaiguë. — Cette forme est caractérisée par la récurrence fréquente des hémorragies, qui sont

moins importantes que dans les formes précédentes. L'ulcus évolue pendant de longs mois ou même des années, entraînant un affaiblissement progressif du malade. Celui-ci présente les caractères de l'anémie aiguë : pâleur de la face et des téguments, aspect cirieux chez certains sujets, comme dans l'observation de Potherat ; en outre, on note l'amaigrissement, la perte des forces, la tendance à la syncope, en un mot, les signes de l'hémorragie grave ; cette gravité est due, comme dans les formes précédentes, à la nature calleuse de l'ulcus.

Ces cas sont justiciables d'une intervention qui aura d'autant plus de chances de succès qu'elle sera plus précoce.

Observation XIII. — POTHERAT (*Société de Chirurgie*, 4 Mai 1904). — Vers le milieu de l'année 1902, un confrère des environs de Paris m'amenait à la Maison municipale de Santé un homme de 54 ans, qui depuis plusieurs années présentait des signes d'ulcus. Depuis plusieurs mois survenaient des hémorragies qui se répétaient dès qu'on cessait le régime lacté. A plusieurs reprises ces hémorragies avaient eu un caractère inquiétant, et après une de celles-ci on me l'amena.

Cet homme présentait tous les symptômes de l'anémie aiguë, il avait cet aspect bouffi et de couleur vieillie que nous avons coutume d'observer chez les femmes atteintes de fibromes avec hémorragie.

Gastro-entérostomie. Cessation de tous les phénomènes. Revu bien portant dix-huit mois après.

Observation XIV. — TIXIER (Tixier et Santy, *Soc. des Sciences Médicales de Lyon*, 14 Janvier 1914 — Lyon

Médical, 1^{er} Mars 1914. Observation relevée dans la thèse de Santy, Lyon, 1915). — Cette femme, âgée de 55 ans, a été envoyée à M. Tixier par le Docteur Devic, qui communiquait en même temps l'observation suivante de M. Bouget.

Sans antécédents héréditaires ni personnels à mentionner, cette malade souffrant déjà de douleurs à 18 ans, prit à cette époque un médicament donné par erreur, à l'ingestion duquel elle rapporte des phénomènes gastriques très intenses qui la retinrent alors six mois au lit avec un régime très sévère.

Complètement remise au bout d'un an, elle se maria et eut quatre enfants, dont un mort de cardiopathie, et une fausse couche.

Jusqu'à l'âge de 30 ans, bien que ses digestions ne se soient pas toujours effectuées sans phénomènes douloureux, elle ne se plaignit pas trop de son estomac. Mais à cette époque, survinrent une heure ou une heure et demie après les repas, des douleurs très vives et quelques vomissements alimentaires peu abondants.

A 35 ans, hématemèse rutilante suivie d'une aggravation progressive, mais très lente et entrecoupée de phases d'indolence, de troubles gastriques.

Depuis un an, l'aggravation est très manifeste, les vomissements surviennent trois à quatre fois par semaine, constitués par une petite quantité des aliments récemment ingérés et une grande quantité de liquide de saveur acide.

Depuis un mois et demi, elle a eu huit hématemèses de sang noir, les douleurs après les repas sont de plus en plus vives ; aussi ces derniers sont-ils très restreints, la malade ne prend que du lait et des potages, elle a beaucoup maigri.

A l'entrée, femme pâle, maigre, se plaignant de douleurs très vives survenant deux, trois, quatre heures après les repas, à irradiations dorsales et scapulaires et se terminant

par un vomissement séreux et faiblement alimentaire. Les mêmes phénomènes surviennent après chaque tentative d'alimentation. Il y a huit jours, hématemèse constatée par M. le Docteur Devic.

A l'examen local, l'abdomen est souple au niveau de l'épigastre. On peut apercevoir des contractions intermittentes qui se dirigent en haut, vers la gauche. Après un jeûne de quatorze heures, il est encore possible d'obtenir une succussion très nette. La palpation non-douloureuse détermine cependant un peu à droite de l'ombilic un point douloureux assez net et limité.

Pas de melæna. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le liquide de rétention retiré à jeun contient six millièmes d'acidité totale. Le Günsbourg est positif ainsi que le vert brillant.

La *radioscopie* montre :

a) A jeun, une ligne de niveau horizontale, surmontée d'une grosse bulle gazeuse soulevant la moitié gauche du diaphragme ;

b) Après ingestion de bismuth, on voit l'estomac se terminer inférieurement en cul-de-sac vertical ;

c) Une heure et demie après l'ingestion du bismuth, on voit se dessiner au-dessous et à droite du cul-de-sac inférieur, une seconde poche séparée de la précédente par un espace clair très évident, que l'on ne voit pas franchir nettement par le bismuth. Cette poche inférieure descend un peu au-dessous de l'ombilic.

Le diagnostic d'estomac biloculaire par ulcère chronique semble évident, on propose une intervention qui est acceptée.

Intervention (D^r Tixier), 2 décembre 1913. Laparotomie sus-ombilicale. Le foie est très abaissé, de sa face inférieure

partent des adhérences aboutissant à la face antérieure de l'estomac. Celui-ci apparaît très nettement biloculaire, divisé en deux poches d'inégal volume, avec prédominance de la supérieure (cardiaque) par un profond sillon de la grande courbure, correspondant au niveau de la petite courbure à une induration en plaque fortement adhérente en arrière au pancréas.

Section sur un champ de la poche inférieure, puis on relève le rétrécissement vers le haut, en décollant les adhérences postérieures de la face antérieure du pancréas, la seconde section est alors faite sur la poche cardiaque, loin du foyer inflammatoire. On reconstitue l'estomac après cette exérèse annulaire médiogastrique par la suture bout à bout des deux tranches ; l'organe ainsi reformé reprend dans l'abdomen une position verticale très favorable.

La pièce opératoire est constituée par un anneau fibreux interposé entre les segments des deux poches sus et sous-jacentes ; le canal de communication est fort étroit, la lumière de la sténose médio-gastrique laissant tout juste passer une grosse pince. Du côté de la poche cardiaque, au niveau de la petite courbure, ulcère ancien mais en évolution, large comme une grosse lentille et profondément creusé dans un tissu très dense.

Suites opératoires parfaites, l'alimentation peut être rapidement reprise, elle s'accompagne d'une diarrhée qui persiste quelques jours et d'un peu d'œdème des jambes. Poids : 44 kilogs 600.

30 Décembre : l'état général est satisfaisant, la radioscopie pratiquée par MM. Devic et Bouget, auxquels on a rendu la malade, montre un estomac de forme normale, se contractant énergiquement : seule une très légère incurvation de la grande courbure montre la situation de la réunion opératoire de l'estomac. La malade quitte l'hôpital,

guérie, le 6 janvier 1914. Le 16 avril 1914, elle nous écrit qu'elle est en parfaite santé et a repris sans fatigue son travail habituel ; elle a engraisé et pèse 52 kilogs 50 gr.

4° Forme à hémorragies discrètes. — On a affaire, dans ce cas, à des hémorragies presque continues et peu apparentes. Cette forme se rencontre très fréquemment et demande à être recherchée par des moyens de laboratoires comme les réactions de Meyer et de Weber. C'est ainsi qu'on peut être orienté vers le diagnostic de lésion ulcéreuse de l'estomac, lorsque ces recherches sont faites systématiquement chez des malades qui présentent des troubles dyspeptiques plus ou moins caractérisés. Le cas se présente surtout chez le vieillard dont la symptomatologie, propre à l'ulcère, est souvent fruste, et dont l'atteinte de l'état général est alors le seul indice d'une affection chronique grave. Ces hémorragies répétées expliquent en grande partie la pâleur, l'asthénie, l'affaiblissement du malade, symptômes qui, à un examen superficiel, pourraient faire penser à la cachexie cancéreuse.

Ces formes doivent être d'un pronostic réservé ; la répétition de ces hémorragies cause souvent la mort au bout d'un temps assez long, à moins que la lésion ulcéreuse n'atteigne une artère volumineuse, entraînant une fin rapide chez des malades déjà très affaiblis. Souvent même, les malades déprimés meurent d'une maladie intercurrente, et c'est à l'autopsie qu'on découvre l'ulcère qui était resté méconnu jusqu'à la fin.

Observation XV. — MONESTIER (Soc. Anat., 1833), SAVARIAUD (Th. Paris, 1898). — T., 78 ans, portier, qui a fait des écarts de régime, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1833, pour rétention d'urine due à une affection chronique des voies urinaires.

Il paraît d'une santé parfaite, très robuste comme on peut s'en convaincre par l'inspection du corps qui, malgré l'âge avancé, a conservé l'embonpoint et la vigueur.

On le sonde, il n'accuse aucune douleur dans aucun organe, mais la peau est flasque et décolorée, le pouls lent et mou, l'inappétence est complète, bien qu'il n'y ait aucun symptôme d'irritation des voies digestives. Aucun changement ne survient les jours suivants, sinon que la faiblesse et l'abattement augmentent.

Le 10, en allant à la garde-robe, il rend des matières rouge foncé qui paraissait contenir du sang. Mort par adynamie et prostration dans la nuit du 12 au 13.

L'autopsie pratiquée trente heures après la mort montre le tube digestif rempli de sang, l'estomac contient un caillot d'une livre et demie environ. A la partie moyenne de la paroi antérieure, à deux pouces à droite et en avant de l'orifice cardiaque, se trouve un espace d'un pouce et demi dépouillé de muqueuse, offrant en certains points des fibres musculaires à nu et des détritres de muqueuse, et au fond, l'orifice d'un vaisseau venant de la petite courbure.

Réflexions : Ces lésions sont celles d'un ulcère, les symptômes généraux relatés dans l'observation font penser que le méléna a été longtemps méconnu.

Observation XVI. — (Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CADE), Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Jean. Service de M. le Professeur agrégé Cade. — M., 63 ans, cultivateur, entre le 3 février 1920 pour des

troubles digestifs. Il aurait eu déjà, il y a trois ans, des troubles à type hyperchlorhydrique. Depuis le mois de décembre, il a des vomissements qui survenaient d'abord une heure après le repas et qui maintenant sont plus tardifs : deux heures après. Les aliments paraissent franchir normalement l'œsophage, mais leur séjour dans l'estomac s'accompagne d'une sensation de brûlure vive. Amaigrissement de cinq kilogs en deux mois.

Jamais de gastrorragie, mais le Weber est positif à l'entrée. Le malade restreint son alimentation à cause de la douleur, et on lui a donné des lavements alimentaires.

A l'entrée, malade pâle, amaigri ; raucité de la voix qui est presque bitonale : cette raucité date de trois jours.

L'examen du creux épigastrique montre de l'induration et de la résistance profonde. On sent plus spécialement un petit noyau d'induration au-dessus et à droite de l'ombilic. Pas de ganglions de Troisier. Pas de point cervical douloureux. Pas de ganglions inguinaux. Rien aux autres organes. Pas d'ectané aortique. Système nerveux normal. Urines : ni sucre, ni albumine. Température : 37°.

Le malade meurt assez rapidement le 18 février.

Autopsie : Estomac extrêmement dilaté contenant deux litres d'un liquide hémorragique. La région pylorique est le siège d'une ulcération elliptique assez étendue (cinq centimètres de long sur deux centimètres et demi de large), peu profonde et dont les bords sont très indurés. La face postérieure de l'estomac est très adhérente par sa région pylorique au pancréas. On ne trouve pas de ganglions suspects. Rien aux autres organes.

Examen histologique : La muqueuse a disparu ; la sous-muqueuse et la musculuse sont en voie de sclérose, sclérose d'ailleurs assez riche en cellules inflammatoires. Aucun élément qui puisse faire croire à un épithélioma.

Conclusion : L'examen du malade avait fait penser à un néoplasme de la petite courbure gastrique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un ulcus calleux. Celui-ci a évolué à bas bruit pendant longtemps, le malade a été affaibli peu à peu par les progrès de l'ulcère et les hémorragies occultes, jusqu'au moment où une hémorragie plus importante qui n'a été décelée qu'à l'autopsie a précipité la fin.

SYNDROME DE LA PETITE COURBURE

Les symptômes que nous allons passer en revue sont ceux qui ont été décrits comme formant le syndrome de la petite courbure. Cette région tire son importance du fait qu'elle est le hile de l'estomac, de ses rapports avec le foie et le pancréas, et des phénomènes de biloculation que l'ulcère peut entraîner par sténose médiogastrique.

Douleur. — A l'interrogatoire des malades atteints d'ulcère chronique calleux, compliqué ou non d'adhérence aux organes voisins, ou de biloculation, nous apprenons généralement que la douleur est apparue de longues années auparavant sous forme de crises répétées, plus ou moins espacées les unes des autres, entre lesquelles ne subsistaient que des phénomènes dyspeptiques légers.

Cette douleur apparaît pendant la digestion ; plus tardive que celle du cardia, plus précoce que celle du pylore, elle peut persister pendant toute la période digestive, tout en s'atténuant un peu au bout d'une heure, et subir une recrudescence par suite d'un spasme pylorique que l'on rencontre généralement

associé aux ulcères de l'estomac. Cette douleur a une localisation assez élevée, sous le sternum et le côté gauche du thorax ; elle irradie vers le mamelon gauche, la rate, surtout le septième espace intercostal gauche et la partie gauche des dernières vertèbres dorsales (Boas).

Les phénomènes douloureux sont souvent très intenses et très rebelles, lorsque les ulcères chroniques calleux sont adhérents ou extériorisés ; en effet, le tissu scléreux envahit les troncs nerveux tant de la paroi de l'estomac que du plexus solaire. Les douleurs persistent malgré la thérapeutique alcaline et le pansement bismuthé, par suite de la localisation élevée de l'ulcère. Cette persistance de la douleur est une des indications d'une intervention. Il ne faut pas cependant se baser uniquement sur ce symptôme, car, chez le vieillard, la douleur est souvent atténuée et peut même disparaître dans quelques cas.

Cela s'explique par un phénomène général de l'organisme du vieillard chez qui troubles et réactions nerveux diminuent d'intensité. En effet, certaines affections qui sont susceptibles de déterminer les réactions les plus violentes ne se traduisent chez eux que par l'altération de l'état général avec des symptômes locaux très peu accusés.

Troubles dyspeptiques. — Ces troubles varient d'intensité et de fréquence suivant les sujets.

La *nausée* se présente souvent et se produit même en dehors des repas.

La *sialorrhée* apparaît une demi-heure environ après les repas (Obs. 3).

Ces deux symptômes sont particulièrement marqués dans l'ulcère de la petite courbure.

Les *vomissements* qui sont souvent absents chez le vieillard, peuvent se produire peu de temps après les repas. Ils sont constitués par des aliments non digérés mêlés à un liquide de sécrétion.

L'*anorexie* est parfois très accusée ; le dégoût pour la nourriture se manifeste particulièrement à l'égard de la viande, ce qui se remarque aussi dans le cas de cancer (Obs. 9).

Signes pyloriques. D'après Mathieu, l'absence de ces signes caractérise l'ulcus de la petite courbure ; cependant, on les trouve souvent liés à un spasme du pylore, et ils peuvent être simulés par une sténose médiogastrique organique ou spasmodique.

Troubles circulatoires. — Comme nous l'avons vu plus haut, les nerfs avoisinant l'ulcère sont souvent atteints par la sclérose ; en particulier, la lésion du pneumo-gastrique se traduit par des troubles circulatoires : bradycardie et hypotension consécutive.

Etat général. — L'état général est profondément troublé, dans la plupart des cas, chez les gens âgés. Ceux-ci présentent une anémie et une pâleur très marquées, un amaigrissement, une perte de forces, conséquences des hémorragies visibles ou occultes et de l'anorexie.

Cette tendance à la cachexie est plus marquée chez

le vieillard que chez les sujets jeunes, par suite de la diminution de vitalité de ses tissus. Il réalise souvent le tableau décrit par Payr sous le nom d' « *Ulcus cachexie* ».

Il importe que le médecin recherche les symptômes, souvent atténués, de l'ulcère chez le vieillard pour éviter l'état de dépression extrême auquel parvient rapidement le malade, et qui compromet le succès d'une intervention, alors que celle-ci serait efficace à condition d'être précoce.

RADIOLOGIE

Image radioscopique de l'ulcère. — L'ulcère chronique se traduit à l'écran par l'existence d'une douleur en un point fixe de la petite courbure, à une hauteur plus ou moins élevée et correspondant au siège de l'ulcère.

Lorsque celui-ci est pénétrant, l'image très particulière que l'on obtient est connue sous le nom de *niche de Haudeck* ; elle est due à la réplétion par le bismuth de la cavité diverticulaire, que l'ulcère a creusée dans le petit épiploon et même dans le pancréas ; le bismuth qui s'y est accumulé y demeure souvent après l'évacuation de l'estomac et la tache diverticulaire subsiste seule au niveau de l'ulcère.

Spasme gastrique. — Au cours de l'examen radioscopique, on peut voir se produire une contraction péristaltique exagérée qui dessine une encoche le long de la grande courbure. Son siège est fixe pour un même malade et se trouve exactement en face du

point de la petite courbure correspondant à l'ulcère. Cette encoche est d'autant plus profonde que l'ulcère est plus ancien. On obtient parfois, dans ce cas, une image comparable à celle que donne une biloculation organique, bien qu'il ne s'agisse ici que d'une biloculation spasmodique.

Dans les ulcères calleux rétractiles,¹ on trouve, à l'examen radioscopique, un déplacement du pylore vers le cardia donnant ce qu'on appelle *l'estomac en crosse*.

Biloculation organique par sténose médiogastrique. — La radioscopie peut révéler une sorte de biloculation différente de la précédente ; alors que dans le cas de biloculation spasmodique, le trajet intermédiaire entre les deux poches gastriques était situé au voisinage de la petite courbure, il est, ici, le plus souvent sur l'axe même de la lumière gastrique. Cette biloculation organique (Obs. 15) est due à ce que les lésions scléreuses rétractiles de l'ulcère invétéré se sont disposées en bague tout autour de l'estomac.

Alors que dans le cas de biloculation spasmodique, l'estomac se remplit et se vide comme s'il n'y avait qu'une cavité, par contre, la sténose médiogastrique fonctionne comme une sorte de pylore qui sépare deux estomacs distincts ayant chacun sa ligne de niveau (Barjon).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic d'ulcère chronique calleux peut être fait facilement lorsque les symptômes que nous avons passés en revue sont au complet ; mais il est des cas

où le diagnostic est plus difficile, quand on est en présence de vieillards dont l'ulcère chronique ne se traduit guère que par l'altération de l'état général. Il faut alors préciser les symptômes gastriques légers, rechercher soigneusement les hémorragies occultes et pratiquer l'examen radiologique.

L'ulcère chronique peut être confondu avec différentes affections, en particulier avec le cancer, la lithiase vésiculaire, l'urémie, l'aortite abdominale.

1° *Cancer*. Nous avons vu que, dans plusieurs observations que nous rapportons, le diagnostic a été hésitant entre l'ulcus chronique et le *cancer* de l'estomac. Quels sont les signes qui peuvent différencier ces deux affections ?

Quand il s'agit d'un ulcus récent, on peut se baser sur quelques symptômes différentiels : en faveur d'un ulcus, on note l'aspect moins anémique du malade, la conservation de l'appétit, le caractère plus nettement tardif et paroxystique des douleurs, l'abondance et la couleur rouge des hématomèses, l'hyperchlorhydrie fréquente.

Mais, lorsque l'ulcère est devenu calleux, invétéré, on ne peut plus compter sur ces différents symptômes ; en effet : nous avons constaté que l'ulcus cachexie de Payr se confond avec la cachexie cancéreuse, que, dans l'ulcus calleux, l'anémie est souvent aiguë, l'anorexie accusée en particulier pour la viande, les hématomèses fréquemment noires ; les douleurs n'ont plus rien de caractéristique ; enfin, si l'on note de l'hypochlorhydrie dans le cancer, on en trouve aussi quelquefois dans l'ulcère calleux.

Cependant, la radioscopie peut montrer dans le cas de cancer une image lacunaire correspondant à la tumeur ; de plus, le cancer ne forme pas de niche de Haudeck. Enfin, l'examen du sang révèle de la leucocytose en cas de cancer.

Mais, malgré ces quelques signes, il semble actuellement difficile de distinguer, par l'examen clinique, l'ulcère chronique calleux d'avec le cancer à évolution lente qui s'est ulcéré.

Le diagnostic est souvent aussi impossible à faire sur la table d'opération ou à l'autopsie, comme nous l'avons vu dans les Observations 1, 2, 17. Seul l'examen histologique peut faire connaître la nature de la lésion.

Nous avons vu, d'ailleurs, que pour certains auteurs, l'ulcère chronique peut se transformer en cancer, et que, pour d'autres, il n'est souvent qu'une sorte de cancer ulcéré à évolution lente.

2° *Lithiase vésiculaire.* Elle est une cause fréquente d'erreur ; on y trouve des douleurs épigastriques tardives accompagnées de vomissements. Cependant, on peut diagnostiquer la cholécystite, en tenant compte des antécédents (colique hépatique nette antérieurement) du siège vésiculaire douloureux, plus à droite sous les fausses côtes, des irradiations vers l'épaule droite, d'une légère teinte subictérique des conjonctives, de l'absence habituelle d'hyperchlorhydrie dans les liquides vomis, de l'existence d'un point douloureux à la pression profonde à la base du cou, entre les deux chefs du sterno-cléïdo-mastoïdien du côté droit.

3° L'*Urémie* peut simuler par quelques-uns de ses troubles digestifs, anorexie, vomissements, l'ulcère chronique, mais les troubles respiratoires et les symptômes nerveux, la présence d'albumine dans les urines, l'hypertension artérielle, ainsi que le dosage de l'urée dans le sang, confirmeront le diagnostic d'urémie.

4° Enfin, on ne confondra pas l'ulcus gastrique avec l'aortite abdominale, bien décrite par le Professeur J. Teissier ; dans cette dernière affection, les douleurs, qui surviennent par accès, irradient le long des artères iliaques. En outre, on note de la dilatation de l'aorte abdominale.

PRONOSTIC

L'ulcère chronique calleux est-il capable de se cicatriser ? Certains auteurs avaient pensé qu'il représentait un ulcère cicatrisé ; en réalité c'est un ulcère qui évolue, mais comme il est pauvre en vaisseaux et en productions cellulaires, il évolue lentement. Son activité est d'ailleurs prouvée par les hémorragies qui peuvent survenir brusquement après une longue période de latence.

Le pronostic est assombri par l'état de dénutrition intense que l'ulcus entraîne, par ses hémorragies qui n'ont pas de tendance à s'arrêter, enfin par sa nature souvent cancéreuse.

Nous étudierons le traitement qu'il est important d'appliquer précocement pour éviter l'issue fatale de ces formes de l'ulcère chronique.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Dans les ulcères chroniques des gens âgés, nous avons les ressources de deux traitements : le traitement médical et le traitement chirurgical.

Traitement médical. — Le premier sera d'abord essayé : le malade, mis au repos, sera soumis au régime d'usage : diète hydrique, régime lacté ou lacto-végétarien ; la médication alcaline sera instituée ; on fera prendre du carbonate de bismuth au malade auquel on pourra conseiller de faire varier sa position ; s'il y a des douleurs, on instituera la médication belladonnée.

En cas d'hémorragies abondantes, on ordonnera la diète absolue, on fera mettre de la glace sur le ventre, on pratiquera des injections d'ergotine, de sérum

gélatiné, de chlorhydrate d'émétine, etc. On fera ingérer quinze à vingt gouttes de perchlorure de fer, ou, encore, un milligramme d'adrénaline. Les injections de sérum artificiel, de caféine, d'huile camphrée, remonteront l'état général. On pourra utiliser, également, le lavement chaud de Tripier.

Traitement chirurgical. — L'intervention chirurgicale devra être conseillée si le traitement médical n'a pas amélioré l'état général du malade, ni fait cesser les douleurs.

Elle se fera dans des conditions d'autant plus favorables que l'anémie, l'amaigrissement seront moins accentués. Malheureusement, les formes de l'ulcère chronique hémorragique s'accompagnent souvent, comme nous l'avons vu, d'un état général mauvais approchant de la cachexie ; de plus, nous avons affaire à des sujets dont la résistance est encore amoindrie du fait de leur âge. Seules, les interventions brèves et n'entraînant pas de choc opératoire important, pourront donc être conseillées.

Traitement palliatif. Il consiste, en général, en une gastéro-entéro-anastomose ; à la rigueur, dans certains cas d'ulcères juxtacardiaques, on pourra avoir recours à la gastrostomie (Delore et Guérin).

La gastro-entéro-anastomose peut se pratiquer d'urgence et sous anesthésie locale. Grâce à elle, l'ulcère se trouve dans un certain repos ; l'état général du malade s'améliore ; celui-ci engraisse et reprend des forces. Remarquons que la gastro-entéro-anastomose n'est qu'une opération palliative, qu'elle laisse

subsister la lésion avec la possibilité de complications hémorragiques et d'une transformation cancéreuse ; cependant, les complications hémorragiques seront moins fréquentes après mise au repos.

Méthode curative. — Dans quelques rares cas où l'état général des sujets âgés le permettrait, le médecin pourra-t-il conseiller une intervention radicale ? Une observation de la thèse de Santy (Obs. 14), et celle de Rivière (Obs. 12), permettent de répondre affirmativement.

En règle générale, le chirurgien pratiquera alors soit une gastrectomie, soit la simple excision de l'ulcère, soit encore l'excision au thermo-cautère par la méthode de Balfour.

La *gastrectomie* est évidemment l'intervention la plus longue, la plus sérieuse, rarement applicable, et qui devra toujours, en tous cas, être précédée, chez les gens âgés, par une gastro-entéro-anastomose qui permettra au sujet de reprendre assez de forces pour supporter l'intervention définitive. Celle-ci serait pratiquée dès l'augmentation de poids et avant toute tentative d'alimentation par la bouche, laquelle risquerait de provoquer le retour d'accidents et, surtout, réveillerait les lésions ulcéreuses endormies par le repos gastrique complet.

L'exérèse simple de l'ulcus et l'opération de Balfour sont des opérations assez rapides et n'entraînant pas un grand choc. Mais, elles ne peuvent s'appliquer qu'aux ulcères non ou peu adhérents ; elles ne permettent pas de découvrir les lésions

multiples qui peuvent exister à côté de la lésion principale, et, de plus, elles peuvent amener des déformations secondaires de l'estomac.

En résumé, en présence d'un sujet âgé atteint d'un ulcère chronique à forme hémorragique, l'intervention que nous pourrons le plus généralement proposer sera l'opération palliative. Elle améliorera le malade et lui procurera, le plus souvent, une assez longue survie. L'opération curative, longue, grave, ne pourra être tentée que dans des cas exceptionnels et à condition d'être précédée, le plus habituellement, d'une gastro-entéro-anastomose.

CONCLUSIONS

I. L'ulcère calleux de l'estomac est une forme fréquente de l'ulcère chez les gens âgés et doit entrer en ligne de compte pour le diagnostic, en présence d'un état dyspeptique chronique.

II. Son siège le plus fréquent est au niveau de la petite courbure, et il revêt souvent la forme hémorragique.

III. Les hémorragies sont presque toujours graves : abondantes, elles peuvent entraîner une mort rapide ; discrètes mais répétées, elles acheminent le malade vers une cachexie intense dont la durée peut être abrégée par une hémorragie plus importante.

IV. L'ulcère calleux ne se cicatrise pas ; les vaisseaux, dans ce tissu scléreux, restent béants quelle que soit leur grosseur ; il en résulte que l'hémorragie n'a pas de tendance à s'arrêter ; c'est ce qui donne à l'ulcère calleux à forme hémorragique son caractère de gravité particulière.

V. Il importe de rechercher systématiquement les hémorragies occultes pour diagnostiquer l'ulcère calleux chez les gens âgés, quand l'atteinte de leur état général et une symptomatologie fruste sont les seules manifestations visibles de leur lésion. La radioscopie donnera des renseignements utiles au diagnostic.

VI. La gravité des hémorragies et la nature parfois maligne de l'ulcère calleux exigent un traitement actif.

VII. Le traitement médical est souvent insuffisant ; le traitement chirurgical devra être tenté en cas d'échec du premier.

VIII. Le traitement palliatif gastro-entéro-anastomose est le plus généralement indiqué, étant donné l'âge des malades et, fréquemment aussi, leur mauvais état général. Parfois, on pourrait proposer le traitement radical qui consiste en une gastrectomie, ou une excision simple, ou une excision au thermo-cautère (Balfour).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 Juillet 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- BARJON. — Les différentes formes de la Biloculation gastrique et leur diagnostic radiologique (*Lyon Médical*, 1913).
- BONNET. — *Lyon Médical*, 1897.
- BOULLOCHE. — *Société Anatomique*, 1888.
- BOUVERET. — Traité des Maladies de l'Estomac.
- BRINTON. — Traité des Maladies de l'Estomac (Trad. Ryaud, 1870).
- CADE. — Précis des Maladies de l'Estomac et de l'Intestin (Collection Testut).
- CADE ET BRETTE. — Ulcère calleux de l'Estomac chez le Vieillard. — Gastrorragies mortelles, coexistence d'une endocardite végétante (*Soc. des Sciences médicales*, Lyon, 1920). *Lyon Médical*, 25 Mars 1920, page 265.
- CARRIÈRE. — *Société Anatomique*, 1863.
- CRUVEILHIER. — *Archives générales de Médecine*, 1856, T. VII, p. 149-442.
- DEBOVE ET RENAULT. — Ulcère de l'estomac (Bibl. Chariot-Debove) 1892.
- DELORE ET ALAMORTINE. — *Lyon Chirurgical*, Août et Septembre 1919.
- DELORE ET SANTY. — La gastrectomie de l'Ulcère, *Lyon Chirurgical*, 1^{er} Mars 1914.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale, Hôtel-Dieu.
- DUPLANT. — De la prétendue transformation de l'Ulcère rond en Cancer.

- FIOUPE. — *Société Anatomique*, 1874.
- GUÉRIN. — Th. Lyon, 1920.
- HANOT ET BAIX. — *Archives générales de Médecine*, 1893, p. 722.
- HAUDECK. — Diagnostic radioscopique des ulcérations de la partie moyenne de l'Estomac (*München Med. Woch.*, 26 Juillet 1910, n° 26, p. 1587).
- HAYEM. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 1895 ; *Presse Médicale*, 1901 : Ulcéro-Cancer.
- HAYEM ET LION. — *Traité de Brouardel et Gilbert*.
- JACOT-DESCOMBES. — Th. Paris, 1897. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'Ulçère rond.
- MATHIEU. — *Leçons sur l'Ulçère*, *Gazette des Hôpitaux*, 1914.
- MATHIEU, SENCERT, TUFFIER, ROUX, BERGER. — *Maladies de l'Estomac et de l'Œsophage* (Masson, Paris).
- MILLARD. — *Soc. Anatomique*, 1863, p. 222.
- MONESTIER. — *Soc. Anatomique*, 1833.
- MONNERET ET FLEURY. — *Compendium de Médecine pratique*.
- PATHAULT. — Contribution à l'étude de l'Ulçère de Cruveilhier. Son évolution chez les gens âgés (Th. Paris, 1907).
- RIVIÈRE. — *Province Médicale*, 1913.
- J.-C. ROUX. — Article du *Manuel du Médecin* de Debove, Acharal, Castaigne (Masson, édit.).
- SANEROT. — Le Cancer de l'Estomac à évolution lente. L'Ulcus rodens gastrique. Etude clinique. Sa thérapeutique chirurgicale. (Th. Lyon, 1906).
- SANTY. — Contribution à l'étude des Ulcères chroniques du corps de l'Estomac et des Estomacs biloculaires par Ulçère. (Th. Lyon, 1915).
- SAVARIAUD. — De l'Ulçère hémorragique de l'Estomac et de son traitement chirurgical. (Th. Paris, 1898).
- TIXIER ET SANTY. — *Soc. des Sciences médicales*, Lyon, 14 Janvier 1914 ; *Lyon Médical*, 1^{er} Mars 1914.
- TROUSSEAU. — *Revue de Médecine*, 1856.
- TUFFIER ET JEANNE. — *Revue de Chirurgie*, 1902.
-

